

資格 / 情況月報表

對現金補助，糧食券和加州醫藥補助 (Medi-Cal)
州辦理的郡立醫藥服務計劃 (CMSP)



此報表呈報月份

- 請把表格填妥，簽名，並在此月份5日以前寄回。
- 假如你未交入填妥的表格，包括，但不限於，回答下面B部分所有的問題，並且在我們要求時附上證明，你的福利就會被延遲，改變或停發。如有需要的話，請另附紙張。
- 你必須在**5天以內**呈報任何會影響你現金補助的資格或金額的變化，或者在**10天以內**呈報任何會影響你 Medi-Cal / 州政府辦理的 CMSP 的資格或分攤費的變化。
- **重要須知：**假如你不再需要現金補助，糧食券和 / 或 Medi-Cal / 州政府辦理的 CMSP 的話，請填寫下面的A部分，在第⑨項簽名和寫上日期。
- 你所呈報的事實會導致你的福利增多，減少，或停止。

需要幫助嗎？請打電話給你的工作員。

工作員：

電話：

A 部分 停止福利的請求 (假如你填寫這部分的話，請在表格的反面第⑨項簽名和寫上日期。你可以在任何時候再重新申請。)

我要求我的 現金補助 糧食券 Medi-Cal 州政府辦理的 CMSP 在此月份的最後一天停止：_____ 月 / 年

B 部分 假如你領取糧食券的話，請為你家中每一個人回答。假如你不領取糧食券的話，請為領取現金補助和 / 或 Medi-Cal / 州政府辦理的 CMSP 的每一個人，包括子女，父母，繼父母，你的配偶，和任何暫時離家的人作回答。**① 是否有人從工作或訓練計畫得到錢？**

是 否

- 假如‘是’的話，請填寫下列。包括小帳，假期支付的薪水或非現金的收入，如：獲得住宿。請列出一個月中每週扣除前的總金額。**請附上薪金存根或其他收入的證明。**
- **假若自己是僱主：糧食券和 Medi-Cal / 州政府辦理的 CMSP：**請在另一頁紙上列出業務花費並**附上收入和花費的證明。**
現金補助：附上收入證明。假如申報實際花費的話，請在另一頁紙上列出業務花銷。並附上花費的證明。

誰獲得收入	僱主姓名(✓)	總金額	\$	\$	\$	\$	\$
		實際收到日期					
誰獲得收入	僱主姓名(✓)	總金額	\$	\$	\$	\$	\$
		實際收到日期					
誰獲得收入	僱主姓名(✓)	總金額	\$	\$	\$	\$	\$
		工作時數					
誰獲得收入	僱主姓名(✓)	總金額	\$	\$	\$	\$	\$
		實際收到日期					
誰獲得收入	僱主姓名(✓)	總金額	\$	\$	\$	\$	\$
		工作時數					

② 假如上述任何人在工作，找工作或訓練時支付孩子，殘障人士或其他眷屬的照看費的話，請在此列出並附上付款證明。

受照看人姓名	費用	受照看人姓名	費用
	\$		\$

③ 是否有任何人從任何其他來源得到錢或福利？

是 否

包括：子女 / 配偶撫養費；利息或紅利；賭博 / 樂透券贏金；保險或法律判定賠償金；罷工福利金；現金，禮物，貸款，獎學金；稅收退款；任何政府部門的福利，如社會保險金，保險補助金 / 州政府補助計劃 (SSI/SSP)；失業金，員工賠償金，州政府殘障保險金，退役軍人津貼或鐵路僱員退休金，其他私人或政府部門殘障或退休金；出租的收入和租賃補助；免費住房 / 水電 / 衣服 / 食物；或者任何其他東西。假如“是”，請填寫下列。**請附上證明。**

誰獲得收入	收入來源	總金額	\$	\$	\$	\$	\$
		收到日期					
誰獲得收入	收入來源	總金額	\$	\$	\$	\$	\$
		收到日期					

④ 假如有任何人領取糧食券或 Medi-Cal / 州政府辦理的 CMSP，並在本月支付法庭判定的子女撫養費，請列出他們支付的金額。須呈報法庭判決令的任何改變。請附上證明。\$**⑤ 在本呈報月份中，是否有任何家庭成員躲避或逃脫法律的重罪制裁，判罪後的監禁或服刑，或者違反緩刑期或假釋期？**
假如“是”，是誰：

郡政府專用

E.W. INITIALS

DATE:

⑥ 在本呈報月份中，是否有任何家庭成員因擁有，使用，或散發違禁藥品而犯了和毒品有關的重罪？ 是 否
假如‘是’的話，填寫下列：

人員（們）的全名	和你的關係	犯毒品罪的日期	犯重罪日期	所犯的罪 <input checked="" type="checkbox"/> 擁有 <input type="checkbox"/> 散發 <input type="checkbox"/> 其他：（請解釋）
----------	-------	---------	-------	---

⑦ 是否有任何人搬入或搬出你家，或者你是否搬入和別人同住？包括：新生兒；暫時離家；有人過世，住進或離開醫院等。假如‘是’的話，請填寫下列：

人員（們）的全名	和你的關係	說明是什麼改變	改變日期
----------	-------	---------	------

⑧ 有任何人有任何其他事項呈報嗎？包括預期的改變。請附上證明，包括任何費用。 是 否

假如‘是’的話，請填寫下列：

- **收入：** 開始，改變或停止。
 - **工作／訓練：** 開始，停止，辭去，拒絕工作或訓練，工作時數的改變或罷工。
 - **學齡兒童 6歲至17歲：** 只是現金補助：停止或開始固定上學。
 - **學齡兒童 16歲或以上：** 停止或開始上學或上大專院校。學費，上學交通等費用。
 - **財產：** 買進，賣出，交易，贈送或得到機動車輛，房屋，土地，或信託財產等。（個人或業務）。
 - **帳戶：** 上月支票，儲蓄或電子福利轉帳（EBT）帳戶現金結餘額。
 - **嬰孩：** 嘘孕，生孩子，墮胎或流產。
- **公民／移民身份：** 公民或移民身份改變或者任何人從移民局(INS)得到新的卡，表格或信件。
 - **婚姻：** 結婚，離婚，或分居。
 - **殘障：** 成為殘障，或者殘障／重病痊愈。
 - **醫藥費用：** 只是糧食券：任何是殘障或者60歲或以上的人可以呈報新的沒有被用來計算你目前的配額的醫療費用。只是 Medi-Cal / 州政府辦理的CMSP：因受傷或他人致使的意外而有的醫療費用。
 - **保險：** 開始，停止或改變人壽，牙醫或健康保險福利，包括聯邦醫藥保險計劃(MEDICARE)保險付費。
 - **IHSS：** 開始或停止領取家中協助性服務。

人員（們）姓名	和你的關係	說明發生了什麼	改變日期
---------	-------	---------	------

地址改變

只有在你已搬家或者有新的郵寄地址時，才須填寫這一部份。假如你領取糧食券，你可能會被要求提供你新住宿處費用的證據。

新的家庭地址（號碼，街名，道，路等）公寓號碼	市	郵遞區號	新電話號碼 ()
------------------------	---	------	--------------

搬家日期	新的郵寄地址（假如和家裡地址不同）	市	州	郵遞區號
------	-------------------	---	---	------

在你列出的新地址，你得到免費的租房嗎？

是 否 假如否，房租金額 \$_____。

你是否免付水電雜費？

是 否 假如否，水電雜費金額 \$_____。

證明

我瞭解：假如我故意不報所有的事實或謊報有關我收入，財產，或家庭狀況的事實，以領取或繼續領取補助或福利，我會受到法律制裁。並且假如現金補助，糧食券，和／或Medi-Cal／州管理CMSP錯發超過\$400的金額，我會被控告犯有重罪，**並且**我會受到以下懲罰：

對現金補助福利欺詐的懲罰：假如我故意不遵守現金補助條例，我的現金補助會有一段時間被削減，並且我會被罰款高達\$10,000，和／或坐牢或監禁長達3年。我的現金補助會被停止：

- 不呈報所有事實或謊報事實：第一次違犯，為期6個月，第二次違犯，為期12個月，或是第三次違犯，則永遠停發。
- 同一時間在超過一個案件中呈交一份或多份申請表：第一次違犯，為期2年，第二次違犯，為期4年，或是第三次違犯，則永遠停發。
- 為領取補助犯有欺詐重罪：偷竊金額為\$2,000以下的，為期2年；金額為\$2,000至\$4,999.99的，為期5年；以及金額為\$5,000或以上的，則永遠停發。
- 永遠：為了同時在兩個或更多個郡或州領取補助而提供郡政府錯誤的居住證明；提供郡政府不合格孩子或並不存在的孩子的錯誤事實；靠欺詐領取超過\$10,000的現金福利；在法院或行政聽證中被判第三次欺詐罪。

對糧食券欺詐的懲罰：假如我故意不遵守糧食券條例，第一次違犯，我的糧食券會被停發12個月，第二次違犯，為期24個月，第三次違犯，則永遠停發。我會被罰款高達\$250,000和／或坐牢／監禁20年。

- 假如法庭判我有罪，因為：
 - 我把糧食券作交易或出售糧食券以獲取槍枝，彈藥，或炸藥，第一次違犯，就會永遠停發我的糧食券。
 - 我把糧食券作交易或出售糧食券以獲取違禁藥品，第一次違犯，我的糧食券會被停發24個月，第二次違犯，則永遠停發。
 - 我作交易或出售價值為\$500或以上的糧食券，我的糧食券會被永遠停止。
 - 我提供郡政府假身份或假居住資料，使我能同時在超過一個案件中領取糧食券，我的糧食券會被停發10年。

你必須在呈報月份的最後一天以後簽署和寫下日期，否則將會被認作填寫不全。

⑨ 我在願意承受美國法律和加州法律對偽誓作懲罰下聲明，這份報表所載的事實正確無誤，並且是整個呈報月份內完整的事實。

誰必須在下面簽字：
現金補助：你，你的受補助配偶和（受現金補助孩子的）另一位家長，若住家中。

糧食券：戶主，家庭成員或家庭的授權代表。

Medi-Cal / 州政府辦理 CMSP：你，你的配偶，或受惠者的代理人。

簽名或作記號 	簽署日期	家裡電話 ()	聯絡電話 ()
配偶或受現金補助孩子的另一位家長簽名 	簽署日期	作記號證人，翻譯員或另一位填寫表格的人士簽名 	簽署日期